



### खण्ड 1: Pfizer-BioNTech COVID-19 खोप प्राप्त गर्ने बच्चाको विवरण (कृपया स्पष्ट लेख्नुहोस्):

बच्चाको नाम (थर, नाम, MI)	जन्म मिति (महिना/दिन/बर्ष)	उमेर
स्ट्रिट ठेगाना		
सहर	राज्य	जिप
फोन नम्बर		

### खण्ड 2: Pfizer-BioNTech COVID-19 खोपका जोखिम तथा लाभहरूसम्बन्धी जानकारी

Pfizer-BioNTech COVID-19 ले खोप लगाएको व्यक्तिलाई COVID-19 लाग्नबाट बचाउँछ। COVID-19 बाट बचाउने अमेरिकी खाद्य तथा औषधि प्रशासन (Food and Drug Administration) (FDA) द्वारा प्रमाणित खोप छैन। यद्यपि, FDA ले 16 बर्ष वा सोभन्दा बढी उमेरका व्यक्तिहरूलाई COVID-19 बाट बचाउन आपतकालीन प्रयोग अधिकार (EUA) अन्तर्गत Pfizer-BioNTech COVID-19 खोपको आपतकालीन प्रयोग गर्न अधिकार दिएको छ। यो Pfizer-BioNTech COVID-19 खोप 3 हप्ताको अवधिमा 2 मात्रामा मांसपेशीमा लगाइन्छ।

Pfizer-BioNTech COVID-19 ले सबै जनाको सुरक्षा नगर्न सक्छ। Pfizer-BioNTech COVID-19 खोपमा देखिने साइड इफेक्टहरूमा खोप लगाएको ठाउँ दुख्ने, थकान, टाउको दुख्ने, मांसपेशी दुख्ने, पसिना आउने, हाडजोर्नी दुख्ने, ज्वरो आउने, खोप लगाएको ठाउँ सुन्निने, रातो हुने, वाकवाकी लाग्ने, विरामी महसुस हुने र लिम्फ नडहरू सुन्निने आदि पर्ने बताइएका छन्। Pfizer-BioNTech COVID-19 खोपले गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया गराउने सम्भावना कम हुन्छ। गम्भीर एलर्जीक प्रतिक्रिया साधारणतया Pfizer-BioNTech COVID-19 खोपको एउटा मात्रा लगाएको केही मिनेटदेखि एक घण्टाको बीचमा हुने गर्दछ। यसै कारण खोप प्रदायकले खोपपछिको अनुगमनको लागि खोप लगाउने व्यक्तिलाई उनीहरूले खोप लगाएको ठाउँमा बस्न भन्न सक्छन्। गम्भीर एलर्जीक प्रतिक्रियाका सङ्केतहरूमा सास फेर्न कठिन हुने, अनुहार र घाँटी सुन्निने, मुटु छिटो धड्किने र/वा शरीरभरि डाबर आउने जस्ता कुराहरू पर्न सक्छन्।

Pfizer-BioNTech COVID-19 खोप “प्राप्तकर्ता र स्याहारकर्ताहरूको लागि तथ्य पत्र”

<https://www.fda.gov/media/144414/download>. मा उपलब्ध छ।



### खण्ड 3: सहमति

नाबालिगको खोपको लागि सहमति: मैले माथिको खण्ड 2 मा रहेको Pfizer-BioNTech COVID-19 खोपका जोखिम तथा लाभहरूसम्बन्धी जानकारी पढेँ र यी जोखिम र लाभहरू बुझौं तल मेरो सहमति दिँदा म निम्न कुराहरूमा राजी छु:

1. मैले सहमति फाराम पढेँ र “प्राप्तकर्ता र स्याहारकर्ताहरूको लागि तथ्य पत्र” मा Pfizer-BioNTech COVID-19 खोपका सम्भाव्य जोखिम एवं लाभहरूको बारेमा अझै विस्तृत जानकारी रहेको छ भन्ने मैले बुझेको छु।
2. माथि नाम भएको बच्चालाई Pfizer-BioNTech COVID-19 खोप लगाउन दिन मसँग कानूनी अधिकार निहित छ।
3. तल आफ्नो सहमति दिएर मैले माथि नाम भएको बच्चालाई उनीहरूको खोप अपोइन्टमेन्टमा लिएर जान आवश्यक छैन र म खोप अपोइन्टमेन्टमा उपस्थित भए पनि वा नभए पनि बच्चाको Pfizer-BioNTech COVID-19 खोप प्राप्त गर्नेछ।
4. यदि मसँग माथि नाम भएको बच्चालाई समेट्ने बीमा भएको भएमा Pfizer-BioNTech COVID-19 खोप खर्चको लागि म मेरो बीमा कम्पनीको लागि बिलिड हुन अनुमति दिन्छु। सरकारले Pfizer-BioNTech COVID-19 खोपको लागि भुक्तानी गरिरहेको हुनाले मेरो खोपको लागि त्यो भागको खर्च मलाई बिलिड गरिने छैन।
5. राज्य कानूनअनुसार सम्पूर्ण खोपहरू जनस्वास्थ्य Massachusetts खोप सूचना प्रणाली विभाग (MIIS) मा रिपोर्ट गरिनेछन् भन्ने म बुझ्दछु। म अभिभावक एवं बिरामीहरूको MIIS तथ्यपत्र यहाँबाट प्राप्त गर्नसक्छु [www.mass.gov/dph/miis](http://www.mass.gov/dph/miis) जहाँबाट MIIS को जानकारी र मेरो वा मेरो परिवारको तथ्यांक MIIS मा अन्य प्रदायकहरूसँग साझा गरिने कुरा मलाई ठीक लागेन भने मैले के गर्नुपर्छ भन्ने कुरा प्राप्त गर्न सकिन्छ।

यस फारामको शीर्ष भागमा नाम भएको बच्चालाई Pfizer-BioNTech COVID-19 खोप लगाउन म अनुमति (सहमति) दिन्छु र मैले यस फारामको खण्ड 3 मा भएका विवरण पढेँ र सोप्रति म राजी छु। (यदि यो सहमतिमा सहिछाप, मिति उल्लेख गरेर फिर्ता गरिएन भने यो बच्चालाई खोप दिइने छैन।)

कानूनी रूपमा अधिकारप्राप्त प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

मिति